Sans mémoire, confus et perdu

Démence et délire: que doit savoir le médecin praticien?

C. Hürny, B. Schwenk, D. Inglin

«Small world»

Oublier est un phénomène quotidien. Oublier est même une nécessité pour faire de la place à du nouveau. Nous développons tous des stratégies contre l'oubli, nous écrivons des listes de commissions, nous faisons des nœuds à nos mouchoirs. Nous oublions plus sous stress, nous avons tendance à oublier les choses désagréables. Quand oublier augmente et prend des dimensions gênant considérablement le quotidien et handicapant ou même rendant une vie normale impossible, oublier devient un symptôme, le symptôme cardinal d'une maladie insidieuse et progressive, la démence.

«Small world» («Ha, que le monde est petit!») déclare Koni Lang dans le roman du même nom de Martin Suter [1] à ses connaissances, dont il n'arrive plus à se souvenir du nom pour dissimuler ses trous de mémoire qui deviendraient sinon patents, et éviter ainsi de devoir avoir honte. Koni Lang souffre de démence, plus spécifiquement de la maladie d'Alzheimer. Les ruses pour dissimuler les déficits de mémoire entraînent souvent un «sous-diagnostic» de la démence en cabinet et dans les hôpitaux.

Comme les patients concernés et leur parenté se gênent de leur mémoire défaillante, la société se gêne aussi de ses membres déments. Le comportement des déments les exclu de la société. Comme ils ne servent à plus rien et qu'ils sont plus qu'une charge, ils doivent être institutionnalisés. C'est aussi pourquoi le monde des déments et de leurs proches se rétrécit de plus en plus.

Le monde médical ne s'est peu préoccupé des déments jusqu'à ces dernières années. Les déments étaient et sont dégradés à des «cas de soins», dont la maladie n'est pas traitable et qui sont sans intérêts pour la médecine. La découverte des inhibiteurs de la cholinestérase, qui peuvent améliorer transitoirement les symptômes d'une partie des patients, a soudainement mis sous les projecteurs de l'actualité médicale la démence, les patients déments et leurs proches. Ceci a permis une amélioration notoire de la qualité de vie de toutes les personnes concernées. La démence est principalement une maladie gériatrique, mais seulement une partie des patients âgés ou très âgés est démente. Cet article se propose de passer en revue les connaissances actuelles de l'épidémiologie, du diagnostic et du diagnostic différentiel, les investigations utiles, la valeur des cliniques de la mémoire, les stratégies de traitements médicamenteux et des mesures psychosociales.

Epidémiologie

L'espérance de vie à nettement augmenté dans les pays occidentaux ces 100 dernières années. Elle est actuellement de 76,2 ans pour les hommes et de 82,3 ans pour les femmes en Suisse [2]. En s'appuyant sur les taux de prévalence selon Jorm [3], il faut s'attendre à un doublement du nombre des déments en Suisse dans les 50 prochaines années. La prévalence des troubles mentaux et cognitifs ayant des répercussions sur la vie quotidienne et qui prennent une importance significative pour les patients et pour la société double tous les cinq ans à partir de 65 ans jusqu'à 90 ans, passant de 1,4% à 30% [4].

Des diminutions des facultés cognitives sont plus fréquentes avec l'âge («mild cognitive impairment») et ne sont pas, par définition, à compter avec les démences. Par exemples 30% des personnes âgées entre 70 et 80 ans ont des facultés cognitives diminuées et jusqu'à 10% des personnes de la même classe d'âge souffrent de démence [5]. Mais 12% des patients avec un «mild cognitive impairment» deviennent dément en un an et 50% le deviennent en 4 ans [6].

Délire ou démence?

La distinction entre délire et démence est à la fois importante et difficile, car la symptomatologie est très semblable. La démence est définie comme une maladie chronique et progressive avec la survenue de déficits cognitifs multiples (tabl. 1). Selon les critères de DSM-IV [7], il faut, en plus des troubles de la mémoire, une atteinte de un ou plusieurs autres domaines cognitifs pour pouvoir poser le diagnostic de démence, et cette atteinte des facultés intellectuelles doit entraver la vie professionnelle ou sociale.

Le délire par contre, un des diagnostics les plus souvent manqué en cabinet et en milieu hospi-

Zentrum für Geriatrie und Rehabilitation und Memory Clinic, Bürgerspital St. Gallen

Correspondance:
PD Dr Christoph Hürny
Zentrum für Geriatrie und Rehabilitation
Bürgerspital
CH-9000 St. Gallen

talier, apparaît soudainement avec la confusion comme symptôme cardinal, il est souvent accompagné de troubles de la conscience et d'hallucinations transitoires, les symptômes sont très fluctuants, et il dure plutôt brièvement (de quelques heures à quelques semaines). Un délire peut s'ajouter à une démence préexistante et renforcer ses symptômes. Un événement psychosocial, comme une hospitalisation par exemple, peut déclencher un délire chez un patient souffrant d'une démence encore compensée et étant restée inaperçue jusque-là. Les délires sont le plus souvent déclanchés par des facteurs multiples. En principe, toute maladie peut déclencher un délire chez les patients âgés ou très âgés. Les troubles de perception des patients âgés (baisse de la vue ou de l'ouïe) prédisposent en plus au délire. Les étiologies importantes en pratique des délires sont énumérées dans le tableau 2. Les médicaments, et non seulement les médicaments agissant centralement, s'y trouvent en bonne place.

Tableau 1. Critères diagnostiques de démence selon DSM-IV [7].

Développement de multiples déficits cognitifs
1. Troubles de la mémoire
2. En plus au moins une des altérations suivantes
Aphasie
Apraxie
Agnosie
Altération de la pensée abstraite, de la planification, de la faculté de jugement, etc.
Déficits des facultés intellectuelles avec répercussions sur la vie sociale et/ou professionnelle
Déficits persistant au-delà de la période de délire

Tableau 2. Etiologies importantes de délire chez les patients âgés.

Systémiques (Le plus souvent sans déficits neurologiques)
Déhydratation
Fièvre
Médicaments
Sevrage de médicaments
Hypoglycémie
Hypoxie
Désordres électrolytiques
Hypothyroïdie
Maladies du SNC

Une des premières mesures à prendre lors de l'apparition d'un délire est de vérifier les médicaments, les fonctions rénales et hépatiques. Le sevrage d'analgésiques et de tranquillisants (benzodiazépine!) est également une cause fréquente de délire. Sinon les investigations dépendent des troubles cliniques prédominants. Le principal traitement est celui de l'élément déclenchant.

Contrairement à la démence, la confrontation du patient délirant avec la réalité est l'attitude de base à adopter par les soignants et les proches. La perte de contact avec la réalité lors d'un délire est source d'angoisse. Cette angoisse peut être contenue par une personne de référence constante (p.ex. veilleuse) par une répétition calme et bienveillante des éléments des repaires temporels, spatiaux et auto-psychiques. Une sédation médicamenteuse avec des neuroleptiques (tabl. 5) n'est indiquée qu'en urgence, car les interactions médicamenteuses peuvent aggraver un délire. En cas de prescription de neuroleptiques, les prescrire à haute dose et s'assurer d'une sédation suffisante.

Diagnostique différentiel des délires

Le syndrome de démence peut recouvrir des étiologies très variées. Il n'est pas rare que deux facteurs ou plus soient impliqués chez un patient dans la genèse de sa démence. Quelques étiologies parmi les plus fréquentes sont énumérées dans le tableau 3.

Les maladies les plus importantes entraînant une démence vont être discutées ci-dessous.

La **démence d'Alzheimer** est la cause la plus fréquente de démence. Elle est caractérisée par un début insidieux et une péjoration lentement progressive des fonctions cognitives. L'évolution clinique et les stades successifs ont déjà été décrits par Reisenberg en 1986 [8]. Un des critères diagnostic est aussi l'absence d'autre maladie systémique ou cérébrale pouvant expliquer les troubles cognitifs progressifs.

Les données sur la fréquence des démences vasculaires varient énormément, sa fréquence étant souvent surestimée en raison d'une mauvaise interprétation des résultats neuroradiologiques. On parle de démence à infarctus multiples lorsqu'on peut mettre en évidence de multiples infarctus corticaux et sous-corticaux et que la démence évolue par paliers. Des lésions focales isolées dans un territoire déterminant peuvent cependant aussi entraîner une démence. Des lacunes ou des leucoaraioses (hypodensités au CT) de la substance blanche périventriculaire sont généralement responsables d'une démence que si elles sont étendues et s'accompagnent le plus souvent des troubles de

la marche et d'une incontinence urinaire. La triade démence, trouble de la marche et incontinence urinaire est aussi caractéristique d'une hydrocéphalie interne, une cause de démence pouvant être traitée par la pose d'un shunt-ventriculo-péritonéal.

La **démence à corps de Lewy** est caractérisée par des performances cognitives très fluctuantes, des hallucinations visuelles répétées (souvent décrites en détail), un parkinsonisme et une péjoration massive sous neuroleptiques.

Les caractéristiques principales des démences fronto-temporales sont les troubles du comportement, se manifestant entre autre par une hygiène négligée, une absence de distance, une désinhibition sexuelle, une hyper-oralité (tout mettre à la bouche), un retrait social ou un comportement stéréotypé. Elles s'accompagnent aussi souvent de troubles de l'élocution. La conscience temporo-spatiale, les praxies et aussi la mémoire sont au début relativement bien conservées.

Les démences d'Alzheimer sont responsables d'environ 50% des démences, les démences à corps de Lewy et les démences fronto-temporales seraient responsables chacune d'environ 15% des démences et les démences vasculaires pures pour environ 10%. Les relations entre les modifications cérébrales vasculaires et la maladie d'Alzheimer sont d'après les résultats d'études récentes beaucoup plus étroites que ce qui était supposé jusqu'à récemment. L'étude des nonnes a mis en évidence qu'une association de légères altérations d'Alzheimer avec de légères altérations vasculaires (lacunes) débouche sur une démence sévère [9]. Le traitement des facteurs de risques cardio-vasculaires, l'abaissement de la tension artérielle, l'abaissement du taux de cholestérol avec des statines peut nettement diminuer l'incidence de maladie d'Alzheimer.

Malheureusement seulement environ 10% des démences sont dues à des causes en principe traitables comme l'hypothyroïdie, le manque de vitamine B_{12}, les lésions intra-craniennes expansives, les infections du SNC (HIV, Borréliose) ou le syndrome démentiel de la dépression.

Tableau 3. Diagnostics différentiels des syndromes démentiels.

Démences lors de maladies dégénératives primaires:
Démence d'Alzheimer
Démence à corps de Lewy
Démence fronto-temporale
Démence Parkinson
Démences vasculaires:
Démence à infarctus multiples
Démence lacunaire
Maladie de Binswanger
Processus expansifs intracrâniens:
Néoplasies
Hématome sous-dural chronique
Hydrocéphalie à pression normale
Infections:
HIV
Luès
Borréliose
Maladie de Creutzfeldt Jacob
Troubles métaboliques:
Troubles électrolytiques
Troubles endocriniens
Manque en Vitamine B_{12} / acide folique
Troubles psychiatriques:
Dépression

Examens utiles

Il s'agit d'abord, lors qu'il est question de démence, de vérifier si une démence est effectivement présente. Le diagnostic s'appuie avant tout sur une anamnèse soignée et des examens neuropsychologiques.

Anamnèse

L'anamnèse comprend un entretien avec le patient et un entretien avec son proche entourage. En plus des symptômes présents, il est important de noter leur mode et date d'apparition, l'évolution et si le patient se rend compte de ses symptômes. Il faut approfondir l'anamnèse sur les troubles de mémoire et d'orientation, les troubles du langage, les troubles de perception, les altérations de la pensée, les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours, les changements psychiques et les handicaps dans la vie professionnelle et sociale. Une anamnèse médicale n'est pas à négliger (particulièrement celle concernant la prise de médicaments) de même que l'anamnèse familiale et la biographie. L'échelle NOGER est par exemple un outil d'anamnèse quantifié permettant de tester, par groupes de 5 questions, les domaines de la mémoire, des activités et des activités avec instruments dans la vie quotidienne, de l'humeur, des troubles comportementaux et sociaux [10].

Comme les troubles comportementaux sont souvent bien plus gênants pour l'entourage que les troubles cognitifs par eux-mêmes et qu'ils sont souvent la raison principale d'un placement dans un établissement de soins il faut leur accorder une importance toute particulière dans l'anamnèse. Le «Neuropsychiatric Inventory (NPI)» par exemple s'est avéré un instru-

ment structuré utile [11]. Les autres instruments d'investigations usuels peuvent être trouvés sur le site internet http://www.medicalforum.ch.

Examen neuropsychologique

Le pas suivant d'investigation est l'examen neuropsychologique. L'association du Mini-Mental-Status [12] et du test de la montre [13] a fait ses preuves comme examens de dépistage des démences. Ces tests permettent d'objectiver la sévérité des démences, particulièrement des démences moyennes à sévères. Lors de démence débutante ou de démence incertaine, des examens neuropsychologiques approfondis chez un spécialiste compétent en cabinet ou dans une memory-clinic sont nécessaires. Ces examens permettent de tester extensivement tous les domaines cognitifs. Il ne s'agit pas seulement de déceler des déficits, identifier les ressources encore présentes est tout aussi important. La connaissance de ces ressources est éminemment importante pour la prise en charge des patients déments, elle permet d'éviter tant les sous- que les sur-exigences. Une batterie d'examens neuropsychologiques communs, la CERAD [14] a été entre temps introduite dans la plupart des memory-clinics. Comme le patient sera confronté avec ses déficits durant ces examens, il est important de lui en expliquer leur sens et leurs buts avant d'entrer en matière.

L'anamnèse et les examens neuropsychologiques permettent de distinguer tant un léger déficit cognitif ou un délire d'un syndrome de démence.

Si les critères pour le diagnostic d'une démence ne sont pas remplis, mais que certains déficits cognitifs sont présents, le patient peut souffrir d'un «mild cognitive impairment». Il existe souvent une grande divergence entre les résultats des tests et les plaintes subjectives. Seule l'évolution permettra de faire la distinction entre des variations physiologiques et une démence débutante [6].

Une fois le diagnostic de démence confirmé, il s'agit d'en déterminer l'étiologie (cf. paragraphe diagnostic différentiel). La preuve, respectivement l'exclusion, d'un état dépressif est l'élément pratique le plus important (cf. paragraphe ci-dessous).

Examens complémentaires

L'anamnèse, le status interniste et neurologique et quelques examens de laboratoire ciblés (p.ex. Vitamine B_{12}, acide folique, TSH, évtl. Examen sérologique HIV, syphilis ou borréliose) aident à dépister des étiologies importantes.

La nécessité d'examen d'imagerie comme le CT ou l'IRM pour exclure des causes spécifiques de dysfonctionnement cérébral reste débattue. D'après notre expérience, une certaine retenue est de mise à cet égard [15]. L'utilité de ces examens n'est cependant pas contestée chez les patients déments jeunes, en cas d'anamnèse de traumatisme cérébral récent, lors de déficit neurologiques ou lors d'évolution très rapide de la maladie.

Démence et dépression

Les symptômes de démences et de dépression se recoupent dans une large mesure chez le patient âgé. Les personnes âgées n'expriment pas volontiers leurs symptômes émotionnels, comme p.ex. une mauvaise humeur, car elles les ressentent comme déplacés. Des symptômes corporels ou des troubles de mémoire sont avancés comme expression d'un malaise général. Les patients déments ont plutôt tendance à passer pas dessus de leurs déficits cognitifs. C'est un paradoxe que les patients qui se plaignent avec persistance sur leur trouble de mémoire souffrent plutôt de dépression que de démence. D'autres recoupements de symptômes sont la malnutrition, le manque d'entrain et le retrait social. La mémoire est souvent la plus touchée lors de dépression en plus de l'humeur dépressive, tandis que, au contraire, les autres détériorations neuropsychologiques restent épargnées ou sont à l'arrière plan. Le développement d'une démence peut cependant aussi entraîner un état dépressif réactionnel.

Lorsqu'un état dépressif est à l'origine du syndrome démentiel, on parle aujourd'hui de syndrome de démence de la dépression [17]. Les termes comme pseudo-démence ou syndrome de Ganser ne sont plus employés. Le diagnostic syndrome de démence de la dépression est difficile à poser. Dans le doute un traitement conséquent avec un anti-dépresseur (tabl. 5) est en tous cas indiqué et permet de poser le diagnostic ex iuvantibus.

Memory Clinic

Exton-Smith a ouvert la première «memory clinic» en 1983 en Angleterre dans le but de détecter les troubles de la mémoire le plus tôt possible chez les personnes âgées. Son exemple a été suivi depuis dans différents pays, dont la Suisse où Stähelin à Bâle a été le premier en 1986. La memory clinic au centre de gériatrie et de réhabilitation de l'hôpital des bourgeois à St-Gall existe depuis 1996.

La fonction principale des «memory clinique» est d'examiner les patients avec une faiblesse des fonctions cérébrales. Le paragraphe «investigation utile» décrit la mise en œuvre pratique. L'évaluation du soutien de l'entourage par des entretiens intensifs et au moyen d'une évaluation standardisée par un questionnaire

sur le stress et la prise en charge a une importance toute aussi grande. Cette évaluation se termine par un entretien approfondi d'informations et de conseils. Les informations concernent les déficits et les ressources, les modalités thérapeutiques médicamenteuses et d'activation des ressources encore présentes et les appuis à la prise en charge. Les adaptations de l'environnement (sécurité) et l'attitude à adopter vis-à-vis des différents troubles comportementaux sont aussi évoqués.
Les patients sont adressés par leur médecin de famille, à qui incombe la prise en charge ultérieure. La collaboration et les échanges d'informations avec les médecins de famille jouent un rôle déterminant pour la suite de la prise en charge.

Traitement médicamenteux

Le premier pas dans le traitement médicamenteux de la démence est l'évaluation critique de la médication actuelle pouvant péjorer les fonctions cognitives (particulièrement, les médicaments à action anti-cholinergique comme les antidépresseurs tricycliques, les spasmolytiques, les anti-parkinsoniens). Puis les médicaments des causes traitables sont à envisager, comme p.ex. lors d'hypovitaminose, d'hypothyroïdie, de dépressions ou de délire.
Un traitement médicamenteux spécifique prouvé de la démence est possible surtout pour la démence de type Alzheimer et pour la démence à corps de Lewy. Les inhibiteurs de l'acétyl-cholinesterase ont une certaine efficacité dans ces deux maladies (tabl. 4). Ces substances inhibent le catabolisme de l'acétyl-choline sécrétée par les neurones encore intacts dans l'espace synaptique. Ils améliorent ainsi la neurotransmission cholinergique particulièrement diminuée dans la maladie d'Alzheimer. Plusieurs études randomisées avec contrôle placebo ont pu mettre en évidence une amélioration significative des fonctions cérébrales mesurées par les tests neuropsychologiques, une amélioration de la maîtrise des tâches quotidiennes et une diminution globale des troubles du comportement. La nécessité d'institutionnaliser les patients a pu être repoussé jusqu'à 12 mois [5]. Le dosage des médicaments actuellement disponibles est résumé dans le tableau 4. Les effets secondaires principaux sont des effets secondaires cholinerg-

Tableau 4. Traitement avec les inhibiteurs de la cholinestérase.

Nom de marque	Substance	Dosage
Exelon	Rivastigmine	2 × jrs 1,5 mg, si bien toléré durant 2–4 semaines augmenter par paliers de 2 × 1,5 mg jusqu'à max. 2 × 6 mg (au plutôtà la 7e semaine)
Aricept	Donepezile	1 × jrs 5 mg, peut, si bien toléré durant 4 semaines augmenté à 10 mg/jrs
Reminyl	Galantamine	2 × jrs 4 mg, si bien toléré durant 4 semaines augmenter à 2 × jrs. 8 mg, après 4 autres semaines augmenter 2 × jrs 12 mg

Tableau 5.
Traitement médicamenteux des symptômes non-cognitifs lors de démence.

Type de perturbation	Médicament	Doses quotidiennes
Dépression	SSRI (p.ex. Citalopram®/Seropram®)	10–40 mg
Syndrome anxieux	Mirtazapine (Remeron®)	15–60 mg
Tr. du rythme circadien, insomnies	Pipamperon (Dipiperon®)	20–80 mg
	Lorazepame (Temesta®)	0,5–2 mg
Etats d'agitation	Pipamperon (Dipiperon®)	20–80 mg
	Risperidon ou Haloperidol	voir sous
	aigu: Levomepromazine (Nozinan®)	25–50 mg i.m.
	ou Promazine (Prazine®)	50–100 mg i.m.
Hallucinations	Risperidon (Risperdal®)	0,25–2 mg
	Haloperidol (Haldol®)	0,3–5 mg

Cave: Les symptômes non-cognitifs doivent être exclusivement traité par la Clozapine (Leponex) 12,5–50 mg lors de syndrome de Parkinson ou lors d démence à corps de Lewy.

giques: Nausées et vomissements, diarrhées, vertiges et céphalées. D'autres médicaments contre la démence sont prescrits en association avec les inhibiteurs de la cholinestérase, comme p.ex. les dérivés du Ginseng ou la Vitamine E, mais leur influence sur les troubles cognitifs n'a pu clairement mise en évidence.
On pense que les inhibiteurs de la cholinestérase ont également une efficacité lors de démence mixtes ou les démences purement vasculaires, puisqu'un déficit cholinergique est possible dans ces deux formes de démence. L'accent du traitement des démences vasculaires porte sur le traitement des facteurs de risques (p.ex. diabète, hypertension artérielle, etc.) et sur l'amélioration de la circulation cérébrale par les anti-aggrégants plaquettaires (acide acétylsalicylique 300 mg/jrs).
Le traitement de symptômes non cognitifs prend une place prédominante dans les stades avancés de la démence (tabl. 5).

Prise en charge des patients déments et de leur entourage

Un diagnostic de démence le plus précoce possible n'est pas seulement très important pour instaurer un traitement médicamenteux surtout efficace à ce stade de la maladie. Une démence légère méconnue, en raisons des méprises qui s'accumulent, peut mettre sévèrement à l'épreuve les relations interhumaines des patients déments, particulièrement les relations de couples. Un diagnostic précoce permet pour toutes les personnes concernées de s'adapter au diagnostic et à ses implications, ce qui est indispensable pour faire face adéquatement à la maladie (coping). Ceci est souvent difficile au début pour le patient concerné. Il doit admettre douloureusement ses déficits et en souffre. Avec le temps, quand le patient oublie qu'il oublie, la situation devient toujours plus difficile pour les proches. La prise en charge et la surveillance des patients signifie une journée de 36 heures [20], l'entourage est au bord de la décompensation et reste malgré tout culpabilisé. L'entourage assume la plus grande partie de la prise en charge des patients déments et mérite donc toute notre attention.
Il faut prêter attention aux points suivants dans la communication entre les professionnels et la parenté des déments: les messages doivent prononcés lentement, être clairs et brefs, les messages averbaux doivent être sans équivoque. Il est important de connaître les forces et les faiblesses cognitives, pour protéger les patients de sur- ou de sous-exigence (infantilisation). Contrairement au délire, le patient ne doit pas être constamment confronté à la réalité et à ses déficits. Au contraire, il doit être encouragé par une estime émotionnelle (Validation) [21], ce qui suppose une bonne connaissance de la biographie du patient. Il est important de ne pas s'adresser uniquement à la parenté, mais aussi directement au patient.
La prise en charge des patients et de leur entourage nécessite un réseau de différentes offres d'aide, variant beaucoup selon les régions en Suisse. Le coordinateur et le correspondant principal est le médecin de famille. Il pose en général le diagnostic de présomption et adresse le cas échéant le patient à une memory clinic ou à une autre institution spécialisée pour un examen neuropsychologique. En plus des examens neuropsychologiques, les memory clinics se préoccupent de plus en plus de la formation de l'entourage. Des cours psycho-éducatifs permettent d'une part à la parenté de s'informer sur la maladie et les aident aussi en même temps à y faire face. De tels programmes permettent de repousser la nécessité d'institutionnaliser les patients dans des établissements de soins continus de plus d'un an et améliorent la qualité de vie de l'entourage et des patients [5]. L'association suisse d'Alzheimer fondée en 1986 fait du travail de relations publiques et offre aussi une aide directe, p.ex. par des groupes d'entraides, au travers de 16 sections régionales. Il existe une coopération étroite avec les services spitex et Pro Senectute [22]. Des lits pour décharger transitoirement l'entourage ont été créés récemment dans différents homes pour personnes âgées.

Quintessenz

- La démence est une maladie progressive très répandue, avant tout chez la personne âgée. Il faut s'attendre à l'avenir à une augmentation du nombre de patients déments en raison du vieillissement de la population. La maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus fréquente. Il est essentiel de distinguer une démence d'un délire de courte durée.
- Il est important de poser le diagnostic précocement, non seulement en raison des possibilités de traitement médicamenteux, mais aussi pour que les patients et leur entourage puissent faire face précocement à cette situation.
- Les proches assument la majeur partie de la prise en charge et des soins des patients déments. Ils ont besoin d'assistance professionnelle.
- La connaissance de l'évolution et des possibilités d'intervention psychosociales est essentielle pour les patients concernés et leur entourage dans les stades précoces.
- Le médecin de famille a une fonction décisive de coordinateur du réseau de soutien des patients déments, du stade de la présomption du diagnostic en passant par le traitement médicamenteux, la prise charge psychosociale et les conseils aux proches jusqu'aux difficiles décisions thérapeutiques lors de démences avancées.

Instruments de mesures de la démence

Pour des raisons de place et aussi pour des raisons de droits d'auteurs, vous trouverez les versions résumées des tests mentionnés dans le texte sous http://www.medicalforum.ch. Les versions complètes des tests avec les introductions complètes du mode d'emploi peuvent être trouvé en se référant aux articles cités.

Références

1 Suter M. Small World. Diogenes Verlag AG, Zürich; 1995.
2 Bundesamt für Statistik, Sektion Bevölkerungsentwicklung. Sterbetafel 1996/1997, Neuchâtel; 1999.
3 Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand 1987; 76:465–79.
4 Inglin D. Demenzabklärung. Ther Umsch 1999;56:94–7.
5 Wettstein A. Demenz: Was Primärversorger darüber wissen müssen. Praxis 2001;90:1725–30.
6 Petersen RC. Normal Aging, Mild Cognitive Impairment, And Early Alzheimer's Disease. The Neurologist Vol.1, 1995;6:326–44.
7 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders forth Edition. Author. Washington DC; 1994.
8 Reisberg B. Dementia: A systematic approach to identifying reversible causes. Geriatrics 1986;4:30–46.
9 Snowdon DA. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer's Disease. The Nun Study. JAMA 1997;277:813–7.
10 Spiegel R. Nurses Observation Scale for Geriatric Patients. In Collegium Internationale Psychiatrieae Scalarum. Internationale Skalen für Psychiatrie, 4. Auflage. Bertz Verlag, Göttingen, 1996.
11 Cummings JL. The neuropsychiatric inventory. Neurology 1994;44: 2308–14.
12 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinican. J Psychiatr Res 1975;12:189–98.
13 Thalmann B, Monsch AU, Ermini-Fünfschilling D, Stähelin HB, Spiegel R. Combining the Clock Drawing Test and the Mini-Mental Status Examination to improve GP's screening for dementia. In: The Challenge of Demetias. The Lancet Conference, Edinburgh, United Kingdom 1996;62.
14 Morris JC, Heyman A, Mohs R, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, et al. and the CERAD investigators: The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. Neurology 1989;39:1159–65.
15 Schwenk B. Demenzabklärung in der Memory Clinic St. Gallen: eine deskriptive Analyse der ersten 143 Patienten. Dissertation Universität Bern; 2000.
16 Padrutt M. Demenz und Depression. Ther Umsch 1999;56:79–82.
17 Folstein MF, McHugh PR. Dementia syndrome of depression. Katzmann R, Terry RD, Bick KL (eds.). Alzheimer's Disease: senile dementia and related disorders (Aging Vol 7). Raven Press 1978;87–96.
18 Bertoli S, Stähelin HB. Neue medikamentöse Therapiemöglichkeiten der Alzheimerkrankheit. Ther Umsch 1999;56:98–103.
19 Michel E. Begleitung von Demenzkranken und ihren Angehörigen: Bericht aus der täglichen Praxis eines Hausarztes. Ther Umsch 1999;56:104–8.
20 Mace L, Rabins PV. Der 36-Stunden-Tag. 4. Auflage, Bern, New York, Haus Huber; 1996.
21 Feil N. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. 2. Auflage, Himberg bei Wien, Wienerverlag; 1992.
22 Faes J, Diener O. Betreuung von Demenzkranken – Familie als Eckpfeiler. Ther Umsch 1999;56: 114–7.